Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 404812
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/10/20	30/10/20	AUTORIZADO	7995183	24/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202583284600000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA DA GLORIA DE MELO RIBEIRO	24/04/1994	( )	MARIA DA GLORIA DE MELO RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3092941152720	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	08105065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00			S	30/10/20		Mario
2	08503047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00			S	30/10/20		Mario
3	08503047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00			S	30/10/20		Mario
4	08503047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00			S	30/10/20		Mario
5	08503047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00			S	30/10/20		Mario
6	08401019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00			S	30/10/20		Mario
7	08401019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00			S	30/10/20		Mario
8	08401019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00			S	30/10/20		Mario
9	08401019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00			S	30/10/20		Mario
0	08501019	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00			S	30/10/20		Mario
1	08501019	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00			S	30/10/20		Mario
2	08501019	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00			S	30/10/20		Mario
3	08501019	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00			S	30/10/20		Mario
4	08501019	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00			S	30/10/20		Mario
5												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	623,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar, em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/10/2020	30/10/2020 Maria da Gloria de Melo Ribeiro		30/10/2020 Amelia Pinheiro

Ortodontista
CRO-AM 1193

UNIVERSO ODONTO
Ana Amélia F. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 1193